

Ficha de inscrição/registo em Centro de Saúde Escolar (CSE)

Departamento de Saúde Pública de Massachusetts

PARA USO EXCLUSIVO DO CONSULTÓRIO DO CSE

Número do prontuário médico _____ Nome da escola _____

Data de registo (data de início do período de inscrição)

Mês

Dia

Ano

Dados sobre o paciente

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo
Data de nascimento	Mês <input type="text"/>	Dia <input type="text"/>	Ano <input type="text"/>
			Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/>
Número do seguro social	Não use recusado ou ignorado, marque 999-99-9999		
Endereço residencial	Endereço, linha 1		
	Endereço, linha 2 (opcional)		
	Cidade	Estado	Código postal
	Endereço principal? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Telefone residencial	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Telefone celular	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		

Dados sociodemográficos: Origem culturalVocê é hispânico/latino/falante de espanhol? Sim Não **Se assinalou "Sim", selecione uma das seguintes opções:**

Centro-americano Mexicano, mexicano-americano, chicano Sul-americano
 Cubano Porto-riquenho Outro (especificar) _____
 Dominicano Salvadorenho Ignorado

Se assinalou "não", selecione uma das seguintes opções:

Africano Cabo-verdiano Haitiano Português
 Afro-americano Caribenho Japonês Russo
 Americano Chinês Coreano Tailandês
 Indiano asiático Europeu do leste Laociano Vietnamita
 Brasileiro Europeu Índio latino-americano Outro (especificar) _____
 Cambojano Filipino Proveniente do Oriente Ignorado
 Médio

Qual é a sua raça? (assinale todas as alternativas correspondentes)

Índio americano/nativo do Alasca Nativo do Haváí ou ilhas do Pacífico Ignorado
 Asiático Branco Recusado
 Negro ou afro-americano Outro (especificar) _____

Em que idioma prefere ler ou discutir os materiais de saúde?

Linguagem de sinais americana Crioulo haitiano Português
 Cambojano (khmer) Hmong Russo
 Crioulo cabo-verdiano Coreano Espanhol
 Chinês Laociano Vietnamita
 Inglês Outro

Dados sobre seguro de saúde

Tipo de plano de saúde	MC (PCC Program/MassHealth) <input type="checkbox"/> Seguro particular <input type="checkbox"/> Medicaid HMO (MassHealth) <input type="checkbox"/> Outras fontes <input type="checkbox"/> Não segurado <input type="checkbox"/>			
Plano de saúde	Aetna_US_Healthcare	Fallon_Community_Health_Plan	MassHealth – Children’s Medical Security Plan	Prudential
	Blue_Cross/Blue_Shield_of_MA	Harvard_Pilgrim	MassHealth – CommonHealth	Tufts_Aff_Health_Plan
	Champus_Tricare	John_Hancock	Neighborhood_Health_Plan	United_Health_NE
	Cigna_Health	MassHealth	Outro (especificar)	

Avaliação da inscrição

1. Se não for segurado, você requisitou o MassHealth/Medicaid? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
2. Há, em arquivo, um termo de consentimento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Obs.: É preciso um termo de consentimento para inscrição no programa.	
3. Possui plano dentário? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
4. É aluno? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Em caso afirmativo, selecione uma das opções abaixo.			
Pré-escola/Pré-K	2 ^a . série	5 ^a . série	8 ^a . série
Kindergarten	3 ^a . série	6 ^a . série	9 ^a . série
1 ^a . série	4 ^a . série	7 ^a . série	10 ^a . série
			11 ^a . série
			12 ^a . série
			Ignorado
Em caso negativo, indique como se tornou paciente deste centro de saúde escolar.			
Formado na escola	Filho de aluno	Parente de aluno	Membro comunitário
			Funcionário da escola
5. Recebe serviços de educação especial? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
6. Recebe almoço gratuito ou a preço reduzido na escola? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
7. Nos últimos 12 meses, consultou-se com algum médico, profissional de enfermagem ou assistente médico para fazer um exame completo?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
Se se consultou com algum médico, profissional de enfermagem ou assistente médico nos últimos 12 meses, qual é o nome do profissional?		Nome do profissional de clínica geral: PARA USO EXCLUSIVO DO CONSULTÓRIO DO CSE	
8. Nos últimos 12 meses, onde recebeu a maior parte do atendimento médico?			
Consultório, clínica ou centro de saúde comunitário	Pronto-Socorro	Não recebi atendimento	
Centro de saúde escolar	Ignorado	Outro (especificar)	
9. Nos últimos 12 meses, fez algum exame odontológico completo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			